



Städt. Kath. Grundschule Helden
- **Marienschule** -
Schulstr. 6
57439 Attendorn
Tel.: 02722/8106
Fax: 02722/8508
E-Mail: info@grundschule-helden.de



Schweigepflichtentbindung

für das Kind _____

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden,
dass sich die Rektorin Frau B. Rath und die zukünftige Klassenleitung mit den Erzieherinnen/Erziehern
der Kindertagesstätte _____ (Besuch seit ____/20__ (Monat/Jahr))
über mein/unser oben genanntes Kind austauschen darf.

In dem Gespräch dürfen Aussagen über die Kindesentwicklung gemacht werden.

Weiterhin erteile ich/erteilen wir mein/unser Einverständnis, dass die oben Genannten auch mit
folgenden Personen und/oder Institutionen Informationen über mein/unser Kind austauschen dürfen
(z. B. Logopädie, Motopädie, Ergotherapie usw.):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Attendorn-Helden, _____
Datum

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/n)